

## SCHEDA ANAGRAFICA

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

COMUNE DI NASCITA \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

COMUNE DI RESIDENZA \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_

AMMINISTRAZIONE DI PROVENIENZA \_\_\_\_\_

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità di avere diritto alle detrazioni per lavoro dipendente ed alle detrazioni per i familiari indicati nel seguente stato di famiglia :

#### STATO DI FAMIGLIA

(indicare tutti i componenti del nucleo familiare)

COGNOME	NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	RAPPORTO DI PARENTELA	*

\* Percentuale di familiare fiscalmente a carico

**Il/ La sottoscritto/a si impegna a comunicare eventuali variazioni in ordine a quanto sopra dichiarato con la massima tempestività.**

#### Modalità di riscossione:

☒ Riscossione diretta presso l'Ente Tesoriere dell'Università degli Studi del Molise  
(BANCA DI ROMA – Ag. n° 1500 – Via Palombo – Campobasso)

☒ Accredito c/c bancario/postale – codice IBAN:

IT					
Codice paese	Codice di controllo	CIN	ABI	CAB	Numero di conto corrente

☒ Altra .....

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_